Microfiche

THIRTEENTH ANNUAL REPORT

OF THE

CHIEF CORONER

PROVINCE OF NEW BRUNSWICK

FOR THE PERIOD

JANUARY 1 TO DECEMBER 31, 1984

THIRTEENTH ANNUAL REPORT

OF THE CHIEF CORONER

PROVINCE OF NEW BRUNSWICK

For The Period January 1 to

December 31, 1984

CORONER'S BRANCH
LAW ENFORCEMENT DIVISION
DEPARTMENT OF JUSTICE

OFFICE OF THE CHIEF CORONER / BUREAU DU CORONER EN CHEF
York County Court House / Palais du justice du comté de York
Fredericton, New Brunswick / Fredericton, Nouveau-Brunswick

GRANT S. GARNEAU
Chief Coroner / Coroner en chef

DEPARTMENT OF JUSTICE
MINISTÈRE DE LA JUSTICE

The Honourable Fernand G. Dubé, Q.C.
Minister of Justice
Fredericton
Province of New Brunswick

Dear Sir:

Pursuant to Section 43 of the Coroners Act, I have the honour to submit the Thirteenth Annual Report of the Chief Coroner for the period January 1, 1984 to December 31, 1984.

Yours very truly,

Grant S. Garneau

GRANT S. GARNEAU
Chief Coroner
Province of New Brunswick

TABLE OF CONTENTS

		PAGE
(A)	HISTORICAL BACKGROUND	1
	Origin of the Office of the Coroner	1
	Development of the Office in Medieval and Modern Times	3
	Canadian Situation	6
(B)	THE NEW BRUNSWICK SYSTEM	8
	Organizational Structure	8
	Notification Requirement	9
	Investigative Capacity of Coroner's Branch	9
	Purpose of Coroner's Investigation	11
	The Inquest Decision	11
	Summary	12
(C)	STATISTICAL SUMMARY OF INVESTIGATED DEATHS	14
(D)	FATALITIES RELATED TO USE OF ALL TERRAIN VEHICLES	16
(E)	STATISTICAL INFORMATION ON SUICIDES	19
(F)	INQUESTS AND RECOMMENDATIONS	22

(A) HISTORICAL BACKGROUND

Origin of the Office of the Coroner

The office of the coroner is one of the oldest institutions known to English law (ranking in antiquity only behind the Monarch and the sheriff) and its true origin has been much debated. The first written references to the office occurred during the reign of King Alfred (871 - 910 A.D.). However, the historical development of the office can with greater certainty be traced back to a period close to the time of the Norman Conquest when the coroner, under the new regime, came to have an important role in the administration of justice. The changing functions of the office reflect the evolution of English legal and constitutional history over the course of a thousand years.

One of the early functions of the office was to enquire into sudden and unexpected deaths. Initially in this, as in other functions, the primary responsibility of the office was to protect the financial interest of the Crown. It was the duty of the coroner to establish the facts relating to the death - if the body was that of a Norman (as opposed to the native Anglo-Saxons) a levy was payable to the Crown. The coroner used a jury to enable him to ascertain this and to determine whether foul play was involved in the death; if so, the town or village was liable for an

... 2

additional fine if no felon could be found responsible for the death. On the other hand, should the felon be apprehended and convicted his entire goods and possessions were forfeited to the Crown upon seizure by the coroner. Also, failure of the first finder to notify the local authorities of dead bodies, and of those authorities, in turn, to notify the coroner, resulted in special fines levied by the Crown on the whole town for breach of duty. This particular function of the office of coroner (to determine the facts surrounding a death), as modified throughout the years, survives as the basis for all coroner systems which are presently existing in common law jurisdictions.

Other duties of the offices of the coroner were mainly administrative and are now only of academic interest; he kept the Crown's records in relation to the criminal courts; he collected and guarded the "chance" revenues falling to the Crown - in particular, deodands, wrecks, royal fish and treasure trove as well as the forfeited property of convicted felons mentioned above; he heard the swearing of adjurations of those persons who had fled to sanctuary; he also served as a check upon the fiscal activities of the sheriff and was required to act for the sheriff whenever the latter was incapacitated by interest or default.

The varied and changing historical duties of the office of coroner are reflected in the origin of the word "coroner" which is said to have come from the Anglo-French word for Crown -

... 3

"corouner". However, the precise designation of the officer appears to have varied from time to time. In the reign of Richard the First he was called "coronarius", in that of John, "coronator", because he originally had custody of the rolls of the pleas of the Crown. According to Sir Thomas Smith in 1583 the name of the office came from the word "crowner" or "coronator" because "the death of every subject by violence is accounted to touch the Crowne, and to be a detriment to it..." - in other words, the coroner, however spelled and pronounced, was in effect the local representative of the Crown. It is of interest to note that while the word "coroner" (as it is presently spelled) first appeared in the fourteenth century, the name "crowner" is used to this day in the north of Ireland and vulgarly in some parts of England.

Development of the Office in Medieval and Modern Times

The history and development of the office of coroner can best be illustrated by references to English legislation.

Article 20 of the Article of Eyre (1194) provided for the election in every county of England of three knights and one clerk as "keepers of the pleas of the Crown". The coroner had to be a resident of the county or the borough for which he was elected locally. His other qualifications was his wealth, which was probably seen as a form of insurance against the possibility of

... 4

misbehaviour, in the event of which his lands or possessions could be confiscated by the King. As the office was unpaid until 1487 prestige of the office and public service appear to be the motivating factor for seeking the office in the early days. The coroner took his oath of office before the sheriff, had county jurisdiction and tenure for life during good behaviour. He could however, lose his post if appointed to the office of sheriff.

In 1276 during the reign of Edward I the statute known as De Officio Coronatonis was proclaimed. In it the duties of the coroner were set forth as they applied to the inquisitorial procedure: that upon being summoned by the bailiff or any honest man, the coroner should go to where there was dead ... once there he would command the men from four neighbouring towns to appear before him as the jury to give evidence under oath. This statute expressed, for the first time, the basic questions requiring satisfaction where an unnatural death is under investigation. In the ensuring seven hundred years, no improvement has been made upon them and they remain: "who was the deceased? How, when, where and by what means did he die?"

In 1361 with the statutory creation of justices of the peace, the long decline of the role of the coroner in criminal proceedings began. Other means were found to secure the Crown revenue and the financial duties of the office of the Crown official

... 5

were also eroded. Later by statute in 1487 a fee was established to be paid by the coroner for each inquest in sudden and unnatural deaths. Because the coroner was less than popular with the justices (who had replaced him in criminal matters) the justices usually paid coroners the statutory minimum with the result that only unskilled lawmen tended to accept the position. Complaints were common that coroners would hold unnecessary inquests merely to support their meager income. Surprisingly, the office of coroner not only survived under such adverse circumstances but re-emerged during the industrial revolution to a new position of importance. This re-emergence was due in large part to the increasing incidence of sudden and unnatural death. As well, while the justices of the peace had taken over the cases of overt homicides, cases of suicides and covert homicides continued to be dealt with by the coroner's inquisition.

With the addition in England in 1836 of a statutory provision that allowed for the coroner to make payment for expert medical testimony, the capacity to detect covert homicide increased through the coroner's ability to order post-mortem examination of the deceased. As a medico-legal investigator, the coroner won back some of his lost status in criminal proceedings and by virtue of close access to medical expertise, the foundation for the present system was laid in England. The gain in status was supported in 1860 when a law was enacted abolishing the fee system and

... 6

establishing salaries for county coroners. A further development occurred in 1887 with the passage of legislation requiring inquests to be conducted whenever the coroner had reasonable cause to suspect that violence of unnatural factors had resulted in a death or where the cause of death was unknown. Moreover in 1888, election of coroners in England was discontinued and a system of coroner appointments was instituted.

Subsequent changes in the English system came as follows: in 1926 part of the criminal jurisdiction of the office was removed by the provision that the coroner adjourn his inquest in cases of murder, manslaughter or infanticide should charges be laid. Also mandatory requirements for inquests in all cases of which the cause of death was unknown were abandoned. In 1977 the jurisdiction of the coroner was further limited as the power to find a verdict of murder, manslaughter or infanticide was removed which negated the common law right of a coroner to commit for trial.

Canadian Situation

The institution of the common law coroner was early transplanted from England to North America with the result that every province and state has some type of modified coroners system.

The office of coroner was received in Canada as part of the common law system before conceptual changes which transformed

... 7

the coroner system in England had taken place. After Confederation provincial coroners were conducting proceedings similar to preliminary hearings in respect to homicide. Notwithstanding that the indictment function of the coroner's inquest was abolished in 1892 by the first Criminal Code, a procedure still exists whereby certain verdicts of a coroner's jury result in the individual named appearing in custody or by means of a recognizance before a magistrate or justice, although in recent years this procedure has been used infrequently.

Each province and territory in Canada presently operates its own sudden death inquiry system. Most provinces have restricted the jurisdiction of the coroner in respect to the finding of criminal or civil liability. Three provinces (Alberta, Nova Scotia and Manitoba) have now established medical examiner systems. Newfoundland has no coroners or medical examiner system as such. In that province all sudden deaths inquiries are held by a judge pursuant to Summary Convictions Act provisions. The remaining provinces and the territories have coroner systems which have all developed and grown, some more, some less, out of the institution of the common law coroner.

The present system in New Brunswick is very close to the concept of the coroner at common law and has no restrictions on the determination of criminal or civil liability, although in practice this feature is rarely utilized.

... 8

(B) THE NEW BRUNSWICK SYSTEM

Organizational Structure

In New Brunswick the Coroner's Branch, for organizational and administrative purposes, falls within the Law Enforcement Division of the Department of Justice. General supervision of the system is the responsibility of the Chief Coroner located in Fredericton who is assisted by four District Coroners directly responsible for all coroner activities within designated geographical areas and located in Campbellton, Moncton, Saint John and Fredericton. In addition, all sheriffs and deputy sheriffs are ex-officio coroners although not all are utilized as coroners within the system. At present, 36 full-time employees of the Sheriff's Branch function as coroners. A number of lay coroners are also appointed who act on a nominal fee for service basis and are a necessary retention of the old Coroner's System which before 1971 was serviced completely by lay coroners. Of the 16 lay coroners, 5 are medical practitioners, which before the availability of highly qualified and competent pathologists within the Province, was of great advantage to the system. The lay coroners continue to provide an excellent service in the communities in which they serve.

... 9

Notification Requirement

In New Brunswick the only death exempt from notification to a coroner is one where the person dies of disease or sickness while under treatment of a duly qualified medical practitioner (as long as the death: i) did not occur during or as a result of pregnancy; ii) was not sudden and unexpected; and iii) was not under circumstances which may require an investigation). The Coroner's Branch is responsible for the investigation of all reported deaths in order to determine for each case the identity of the deceased and the facts as to how, when, where and by what means the deceased came to his death. The system, therefore, is a vital part of law enforcement in initially determining whether such reported deaths are due to natural causes, accident, suicide or homicide.

Investigative Capacity of Coroner's Branch

For investigational purposes the Coroner's Branch has available on request the services of the Royal Canadian Mounted Police (including the facilities of the Forensic Laboratory in Sackville), municipal police, and the N.B. Highway patrol acting within their respective jurisdictions. Also as a number of reported deaths involve elements of criminality the investigation

... 10

sometimes is a combination of coroners and police responsibility and requires a close liaison between the two agencies. Also available to the Coroner's System are the services of pathologists located at Regional Laboratories situated at Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Bathurst, Edmundston and Woodstock and also the services of the Provincial Toxicologist located at Saint John.

In addition two pathologists located in the Regional Laboratory in Saint John agreed to provide a centralized forensic pathology service for the Coroner's Branch commencing January 1, 1982. The identification of a death as a "Type II" case which needs the special consideration of a forensic pathologist now results in the utilization of the forensic service mentioned above. A "Type II" case requires that the body be transported to the Saint John Laboratory for the autopsy. The forensic pathologist acting is also available to the coroner's service and the police agency to visit the death scene, if necessary. Both pathologists acting in that capacity have for many years demonstrated their high degree of interest in forensic pathology and their expertise in acting as expert witnesses both at inquests and criminal trials.

... 11

Purpose of Coroner's Investigation

The purpose of the coroner's investigation has changed over the years. For many years the major emphasis was directed towards the investigation of the actual medical cause of death to the exclusion of practically all other easpects. Now the medical cause of death is only one of many factors to be considered. The non-medical factors causing death are equally important and in many cases call for remedial measures to correct conditions hazardous to public safety. Therefore, it is sometimes necessary for the coroner to order an inquest into the death although the cause of death is known.

The Inquest Decision

One of the more difficult decisions a coroner has to make is whether or not to hold an inquest. In early times, the inquest was part of the function of the coroner in every case he investigated. Gradually, the common law developed to the point where the decision was in the sole discretion of the coroner.

Local coroners, the Chief Coroner or the Minister of Justice in some circumstances, may order an inquest into a death. The holding of an inquest has the effect of drawing public attention to the many contributing causes of accidental and violent

... 12

deaths. It is also an important vehicle in causing attention to be focused on situations where remedial action may be taken to prevent similar occurrences in the future. To this end coroners have been encouraged to carefully consider all circumstances surrounding accidental and violent deaths, with the view to holding an inquest if any useful purpose will be served by doing so. It is expected that the Coroner's Jury make recommendations directed toward the avoidance of death in similar circumstances where appropriate.

The Chief Coroner is responsible for bringing the findings and recommendations of Coroner's Juries at inquests to the attention of appropriate persons, agencies and departments of governments. Although the Chief Coroner has no authority to force any person or organization to implement recommendations, a number are in fact implemented in some way. No doubt this is due to the fact that the organizations affected would find itself in a most embarrassing position if a second death occurred under similar circumstances, without having remedied the situations which caused the first fatality.

Summary

The Coroner's Branch investigates from 35 to 40 percent of the total of approximately 5,000 yearly deaths in the Province.

... 13

A high percentage of the investigated deaths are determined to be from natural causes. Autopsies are ordered by the coroner in less than 40 percent and inquests are ordered in about one percent of all investigated deaths. More than 90 percent of investigated deaths are now conducted by ex-officio coroners who are full-time employees of the Sheriff's Branch.

Appreciation is expressed to all law enforcement agencies and all other related agencies involved who have through the year cooperated and assisted in the investigations which have been processed through the Coroner's Branch. Also gratitude is expressed to all coroners who have shown, once again, a high level of dedication and professionalism, frequently under adverse conditions.

... 14

(C) STATISTICAL SUMMARY OF INVESTIGATED DEATHS

As indicated in Schedule "A" hereunder, the total number of deaths reported to and investigated by the Coroner's Branch in 1984 was 1,856 of which 423 were found to be accidental and violent. 1,433 were found to have occurred as a result of natural causes.

SCHEDULE "A" 1984

Manner of Death	Number of Deaths	Autopsies Performed
Motor Vehicle Accident	137	75
Bicyclist	8	1
Pedestrian	27	19
Drowning	26	19
Airplane	2	2
Farm Accident	3	2
Firearm Accident	7	3
Homicide	16	16
Industrial	15	13
Suicide	86	52
Fire	25	16
Crib Death	20	18
Snowmobile	2	1
Other	49	37
Natural	1,433	385
TOTAL	1,856	659

Indicated in Schedule "B" hereunder are comparative figures for accidental and violent deaths for the years 1980 through 1984.

... 15

SCHEDULE "B" 1984

Manner of Death	1980	1981	1982	1983	1984	Average Over Five Years
Motor Vehicle Accident	181	146	176	108	137	150
Bicyclist	7	6	2	3	8	5
Pedestrian	43	40	26	17	27	31
Drowning	43	37	33	20	26	32
Airplane	6	0	1	2	2	2
Farm Accident	4	4	8	1	3	4
Firearm Accident	6	5	1	3	7	4
Homicide	10	15	13	10	16	13
Industrial	11	7	10	7	15	10
Suicide	83	67	91	105	86	86
Fire	31	17	16	15	25	21
Crib Death	21	17	9	20	20	17
Snowmobile	5	2	2	3	2	3
Other	79	57	56	33	49	55
TOTAL	530	419	444	347	423	433

... 16

(D) FATALITIES RELATED TO THE USE OF ALL TERRAIN VEHICLES

Of special concern to this office were the seven deaths which occurred during 1984 involving the use of All Terrain Vehicles (included within the total of Motor Vehicle Accidents in Schedule "A" above). All the deceased were male and ranged from 11 to 21 years of age, the average age being 15. The following information, presented chronologically, contains the age and sex of each deceased and a summary of circumstances surrounding each death.

CASE NO. 1

On May 29, a male aged 12 years, was found dead in a sawdust pile with an ATV lying on top of him. The cause of death was attributed to suffocation.

CASE No. 2

On June 20, a male aged 11 years, was travelling in an ATV (dune buggy) with others when the vehicle went out of control and overturned. The deceased was thrown out, hitting the pavement and was then struck by the left rear of the ATV. The vehicle contained no seat belts or roll bars. The cause of death was attributed to multiple skull fractures and loss of brain tissue.

... 17

CASE NO. 3

On July 21, a male aged 12 years, was killed when the ATV which he was driving out of his driveway collided with another ATV, hitting it broad side. The cause of death was multiple head and chest injuries.

CASE NO. 4

On July 27, two males aged 11 years and 17 years, were killed when the utility trailer (attached to an ATV) in which they were passengers, became detached from the hitch of the tow vehicle, crossed the west bound lane of the highway beside which they were travelling and struck a one-half ton truck being driven west bound. The cause of death was a broken neck in each individual.

CASE NO. 5

On September 16, a male aged 18 years, was driving an ATV on a gravel road, when he lost control and was thrown from the vehicle on to a rock pile. The cause of death was a cerebral injury associated with the extensive fracture of the base of the skull.

CASE NO. 6

On November 2, a male aged 21 years, died when the ATV which he was driving apparently went into a washout and pinned him down. The cause of death was a fracture to the base of the skull and subarachnoid hemorrhage.

... 18

An inquest was held into the September 16th death with the following recommendations forthcoming from the jury:

i) that the wearing of a properly approved safety helmet be mandatory while operating these vehicles;

ii) that all such vehicles be licensed with mandatory annual inspection; and

iii) that such vehicles not be permitted on public roadways.

While it is not certain that the implementation and enforcement of the recommendations listed above would have prevented all, or any, of these deaths, it is submitted that without legislation aimed at controlling the use of All Terrain Vehicles there is a likelihood of a continuously high death and injury rate due to the use of these vehicles in future years. It should be noted that there were four deaths in 1983 related to the use of All Terrain Vehicles as compared to the seven in 1984.

... 19

(E) STATISTICAL INFORMATION ON SUICIDES

As noted in Schedule "B" above, the total of suicides in the Province in 1984 returned to average after a high number of deaths by suicide in 1983. The Office of the Chief Coroner has been studying suicides and providing statistical information on suicides for suicide prevention organizations for a number of years. The results of the study for 1984 are indicated in Schedule "C" and Schedule "D" hereunder. While it is difficult to determine the cause of any suicide, in approximately 90 percent of the suicides recorded the investigations indicate at least one, and in most cases a combination of factors, leading up to the death. Of the total factors indicated, a period of depression accounted for 42 percent, domestic problems 12 percent, excessive use of drugs and alcohol 20 percent, illness 20 percent and other factors 6 percent.

SUICIDES

SCHEDULE "C" 1984

METHOD	0 - 19 M	0 - 19 F	20 - 30 M	20 - 30 F	31 - 40 M	31 - 40 F	41 - 50 M	41 - 50 F	51 - 60 M	51 - 60 F	61 - 70 M	61 - 70 F	Over 70 M	Over 70 F	Total Male	Total Female	Total For Method	Percentage Of Total
GUNSHOT WOUND	4	1	18	3	4	2	5		6		4	1	4		45	7	52	60.5
HANGING	2		3		5	1	3		2		2		1		18	1	19	22.1
DRUG OVERDOSE							2	1		1	1				3	2	5	5.8
CARBON MONOXIDE			2		1		1		1						5		5	5.8
DROWNING	1				1										2		2	2.3
OTHER							1					2			1	2	3	3.5
TOTAL MALE	7		23		11		12		9		7		5		74			
FEMALE		1		3		3		1		1		3		0		12		
FOR AGE GROUPS	8		26		14		13		10		10		5				86	
Percentage of Total	9.3		30.2		16.3		15.2		11.6		11.6		5.8		8 6	14		

SUICIDES

SCHEDULE "D" 1984

COUNTY	0 - 19 M	0 - 19 F	20 - 30 M	20 - 30 F	31 - 40 M	31 - 40 F	41 - 50 M	41 - 50 F	51 - 60 M	51 - 60 F	61 - 70 M	61 - 70 F	Over 70 M	Over 70 F	Total Male	Total Female	Total For County	Percentage of Suicides
ALBERT			1						1		1				3		3	3.5
CARLETON					1						1				2		2	2.3
CHARLOTTE	3		5	1	1		1	1	1		1		1		1		1	1.2
GLOUCESTER			1				1		1		1		1		13	2	15	17.4
KENT	1						1		1						3		3	3.5
KINGS	1		2									1			1	1	2	2.3
MADAWASKA	1						1								4		4	4.7
NORTHUMBERLAND			1				1		2			1			4	1	5	5.8
QUEENS			2	1		3	3			1	1	1		1	2	1	3	3.5
RESTIGOUCHE		1	2		2		3		1				1		6	5	11	12.8
SAINT JOHN			2				1								8	1	9	10.5
SUNBURY			1		1										3		3	3.5
VICTORIA	1		5	1	5		1		1		2		1		3		3	3.5
WESTMORLAND			1		1				2		1				16	1	17	19.7
YORK															5		5	5.8

(F) INQUESTS AND RECOMMENDATIONS

A brief summary of the seventeen inquests held during 1984 follows.

INQUEST NO. 1

On February 13, 1984 an inquest was held in Fredericton into the death of a child which occurred in December, 1983. The Coroner's Jury found that the death was caused by smoke inhalation and carbon-monoxide poisoning from a fire started as a result of an accident due to the carelessness of others. The recommendation of the jury, which was forwarded to both the Division Chief Fire Prevention and the Provincial Fire Marshal, was that gas tanks of motorcycles should be properly drained and removed prior to storing within a dwelling. The District Coroner suggested further that gas operated appliances be prohibited in dwellings. The Fire Prevention Division replied that if dangerous gas operated appliances were found during an inspection, their removal would be required.

INQUEST NO. 2

On March 30, 1984 an inquest was held in Campbellton into the death of an individual which occurred in November, 1983. The Coroner's Jury found that the death was as a result of drowning

... 23

by negligence due to hospital administration. The recommendations of the jury, which were forwarded to the Occupational Health and Safety Commission and to the Administrator, Restigouche Hospital Centre, were that:

1) an independant professional security group be engaged to make a complete security study to be submitted to the hospital board;
2) a better circulation control of patients on hospital premises be implemented;
3) no employee should work alone on any ward in the hospital; and
4) the police be notified of any patients presumed missing and a search conducted immediately.

The Board of the Restigouche Hospital Centre replied that:

1) an independent study on hospital security would be carried out with recommendations to be reported to the Hospital Board;
2) the medical staff would review all patient classifications for control purposes;
3) the construction of a fence along the area behind the hospital has been recommended to the Department of Health;
4) the cost of not allowing employees to work alone would be reviewed; and
5) the Hospital Board had already implemented a policy to call the R.C.M.P., Department Heads and all security personnel when a patient was missing or not accounted for.

... 24

INQUEST NO. 3

On April 2, 1984 an inquest was held in Fredericton, into the deaths of five individuals which occurred in February. The Coroner's Jury found that all individuals died from multiple traumatic injuries as a result of a traffic accident. The recommendations of the jury, forwarded to the Department of Transportation, were that:

1) the undertaking of a study into the advisability of mandatory testing of drivers age 65 and over be commenced; and
2) assuming a study presently exists, that the Department of Transportation push forward with a by-pass for the Maugerville area, which would be maintained as a limited access highway.

In addition, the District Coroner recommended that:

1) a) on obtaining the age of 70 years holders and applicants of drivers licenses should be required to submit to a vision, written and road test which would be required every two years;
   b) on obtaining the age of 80 years all drivers would be required to successfully complete a vision, written, road test and a physical coordination test annually thereafter;
2) a test should be conducted by the Department of Transportation on the stretch of road from the Princess Margaret Bridge to the Jemseg Bridge to determine what, if anything can be done

... 25

to cut down on the number of accidents that have occurred in the past, either through speed or road conditions; and

3) headlights should be turned on during daylight hours when travelling on that particular stretch of highway.

The Deputy Minister of Transportation indicated that as the Department was deeply interested in the safety of users of the New Brunswick highway system, a number of the recommendations had been given serious consideration.

INQUEST NO. 4

On May 24, 1984 an inquest was held in Moncton into the death of a prisoner of Dorchester Penitentiary which occurred in April. The Coroner's Jury found that the prisoner hung himself with the aid of a bedsheet suspended from a weight belt wrapped around a pipe on the ceiling. There were no recommendations by the jury.

INQUEST NO. 5

On May 31, 1984 an inquest was held in Saint John into the death of two individuals. The Coroner's Jury found that the deaths were caused by multiple stab wound indicating culpable homicide by a named individual. The named individual had committed suicide, by hanging, in his prison cell, before the inquest was held. There were no recommendations by the jury.

... 26

INQUEST NO. 6

On June 14, 1984 an inquest was held at Caraquet into the death of a child which happened in December, 1983. The Coroner's Jury found that the child died as a result of multiple skull and bone fractures sustained when the child fell in front of a school bus and was run over. The recommendations of the jury, which were forwarded to the Department of Education and the Department of Transportation were that:

1) the mirror systems on school buses be revised in order that drivers have a better view; and
2) the transmission of school buses should be in neutral when children are getting off the bus.

INQUEST NO. 7

On June 21, 1984 an inquest was held in Moncton into the death of an employee of Transport D'Anjou Inc.. The Coroner's Jury found that the employee died from a broken neck sustained when a propane fueled truck trailer heater exploded. The recommendations of the jury, which were forwarded to the Canada Safety Officer, Labour Canada, were that:

1) all items outlined in the Labour Canada letter to Transport D'Anjou Inc. dated June 8, 1970, file No. 902-10-10, be issued to all highway transport companies with action to be initiated by Labour Canada;

... 27

2) Labour Canada establish a proper lock-out procedure for defective heater units to be issued to all transport companies; and

3) the foregoing recommendations be governed and supervised by the appropriate government authority.

The first recommendation was accepted and acted upon by Labour Canada. The second recommendation was considered impossible to implement due to the number of different types of heaters. Labour Canada, however, indicated that they would accept lock-out systems for review and approval.

INQUEST NO. 8

On July 30, 1984 an inquest was held in Grand Sault into the death of an employee of Northern Construction and Supplies Ltd. The Coroner's Jury found that the employee died as a result of injuries caused by an explosion. The recommendations of the jury were that:

1) the public be warned of the danger of using a motor vehicle exhaust pipe to empty a tank before doing repairs or soldering;

2) there should be more publicity for employers and employees regarding occupational safety laws;

3) the public be reminded of the importance of reporting all accidents to authorities in order to prevent other companies from experiencing similar accidents; and

... 28

4) students taking welding courses be informed by safety officers of all legal requirements.

The recommendations were brought to the attention of the Occupational Health and Safety Commission.

INQUEST NO. 9

On August 8, 1984 an inquest was held in Bathurst into the death of an individual which occurred in March. The Coroner's Jury found that the deceased died as a result of a fractured skull received in an accidental fall on the ice while scuffling over a coat with her husband. The recommendations of the jury were the husband of the deceased should have his problem of alcohol looked after and should not use alcoholic beverages, for the benefit of his children and himself.

INQUEST NO. 10

On August 29, 1984 an inquest was held in Saint John into the death of a child who drowned when he fell into the Lepreau River. The Coroner's Jury found that the death was accidental and made the following recommendations:

1) that organizations taking groups of children for aquatic events should have a qualified lifeguard in attendance or arrange for proper supervision. In all cases minimum life saving equipment should accompany the groups;

... 29

2) that counsellors should have:
   a) a minimum course in Red Cross Water Safety;
   b) an emergency plan ready; and
   c) life jackets available for all children, with non-swimmers being made to wear them near water;
3) that screening procedures for children applying to attend day camps, etc. should be more in-depth including information with regard to the childs' swimming ability, medical history, and related matters; and
4) that the organizations involved should begin the programs in such a way as to determine for themselves the swimming ability of the children by testing in a public pool or at a supervised beach.

These recommendations were forwarded to the Leadership Training Coordinator, Red Cross Water Safety Services.

INQUEST NO. 11

On October 3, 1984 an inquest was held in Doaktown into the death of an individual which happened in May. The Coroner's Jury found that the deceased died as a result of acute heart failure. The jury recommended that the ambulance attendants should not take someone else's word that someone is dead unless the person who tells them is a doctor or other medical person.

... 30

INQUEST NO. 12

On October 18, 1984 an inquest was held in Sussex into the death of an employee of Dennison Mines Ltd. The Coroner's Jury found that the employee died from a crush injury with multiple internal injuries as a result of human error by entering an unsafe area when advised not to do so. The recommendations of the jury, forwarded to Dennison Mines Ltd. were that:

1) the danger area be well marked; and
2) the recommendations of the Safety Council be implemented.

The recommendations were forwarded to the Occupational Health and Safety Commission who also suggested to Dennison Mines Ltd. that it incorporate a five (5) point safety system in its policy. Dennison Mines Ltd. replied that it had compiled with the recommendations by both the jury and the Occupational Health and Safety Commission.

INQUEST NO. 13

On October 23, 1984 an inquest was held in Newcastle into the death of an individual earlier in August. The Coroner's Jury found that the individual, who fell off a bridge into a river, came to his death by drowning as a result of his own misadventure. The jury's recommendations, forwarded to the Chairman of the New Brunswick Police Commission and the Director of Policing Services, were that persons being detained under the

... 31

Intoxicated Persons Detention Act, not be released until normal daylight hours, unless the person can be released into the personal, direct custody of a responsible individual.

Detailed instructions regarding application of the provisions of the Intoxicated Persons Detention Act were issued to all police agencies in the Province by the Director of Policing Services.

INQUEST NO. 14

On October 29, 1984 an inquest was held in Moncton into the death of an individual which happened in September. The Coroner's Jury found that the death was a result of skull and brain injuries after being thrown from an All Terrain Vehicle. The recommendations of the jury, which were forwarded to the Department of Transportation were:

1) that the wearing of properly approved safety helmet be mandatory while operating these vehicles;
2) that all such vehicles be licensed with mandatory annual inspection; and
3) that such vehicles not be permitted on public roadways.

The Deputy Minister replied that a departmental committee has studied the problems of All Terrain Vehicles and a report was prepared which dealt with the recommendations by the jury.

... 32

INQUEST NO. 15

On November 27, 1984 an inquest was held in Newcastle into the death of an employee of Combustion Engineering and Preheaters Ltd. The Coroner's Jury found that death was by electrocution through an industrial accident which was due in part to the mechanical condition of a hoisting device and in part to the apparent lack of knowledge of hazards involved by the deceased. The recommendations by the jury were that:

1) employees on or at an industrial site receive more or better instruction with regard to safety hazards involved in the job or site; and
2) that all industrial accidents which result in or may result in a fatality be reported to the local police officials immediately following such accident.

The recommendations were brought to the attention of the Occupational Health and Safety Commission.

INQUEST NO. 16

On November 29, 1984 an inquest was held in Saint John into the death of an individual which occurred in September. The Coroner's Jury found the deceased died from massive internal hemorrhaging as a result of an automobile accident which was due to an inexperienced driver without proper licensing. The recommendations of the jury were that:

... 33

1) the drinking age be enforced;

2) there be a review of the age of permits (higher);

3) there be more specific investigation by police in an accident; and

4) an emergency telephone should be located on the throughway.

The second recommendation was sent to the Department of Transportation.

INQUEST NO. 17

On December 17, 1984 an inquest was held in Fredericton into the deaths of three individuals which occurred in July. The Coroner's Jury found the deaths were a result of multiple injuries received when struck by a large metal pipe. The jurors found that the load strapping elongated, allowing the pipes to shift and causing the tractor trailer to go out of control dislodging its load into incoming traffic. The recommendation of the jury was that: load security standards should be brought in plus adequate enforcement of the said standards. In addition, the coroner recommended that that Department of Transportation adopt regulations to govern and enforce a uniform method of dealing with the securement of loads on commercial vehicles. The intent of the regulations would be to ensure that loads be secure under all foreseeable operating conditions, and to be enforced by the police and other agencies.

... 34

These recommendations were brought to the attention of the Department of Transportation. As a consequence of this and another inquest held in January of 1985 comprehensive regulations governing load securement were filed March 1, 1985 and published in Vol. 143, March 13, 1985, The Royal Gazette.

TREIZIÈME RAPPORT ANNUEL

DU

CORONER EN CHEF

PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

POUR LA PÉRIODE DU

1ER JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 1984

TREIZIÈME RAPPORT ANNUEL

DU

CORONER EN CHEF

DE LA

PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

pour la période du 1er janvier au 31 décembre 1984

DIRECTION DES CORONERS

DIVISION DE L'APPLICATION DES LOIS

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

OFFICE OF THE CHIEF CORONER / BUREAU DU CORONER EN CHEF
York County Court House / Palais du justice du comté de York
Fredericton, New Brunswick / Fredericton, Nouveau-Brunswick

GRANT S. GARNEAU
Chief Coroner / Coroner en chef

DEPARTMENT OF JUSTICE
MINISTÈRE DE LA JUSTICE

L'honorable Fernand G. Dubé, c.r.
Ministre de la Justice
Fredericton (Nouveau-Brunswick)

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le treizième rapport annuel du coroner en chef pour la période du 1er janvier au 31 décembre 1984, en application de l'article 43 de la Loi sur les coroners.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma trés haute considération.

Grant S. Garneau

GRANT S. GARNEAU
Coroner en chef
Province du Nouveau-Brunswick

TABLE DES MATIÈRES

		PAGE
A.	SURVOL HISTORIQUE	1
	Origine de la fonction de coroner	1
	Évolution de la fonction de coroner du Moyen-Âge à nos jours	3
	L'expérience canadienne	6
B.	LE SYSTÈME DE CORONERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK	8
	Organisation	8
	Déclaration	9
	Pouvoirs d'investigation de la Direction des coroners	9
	But de l'investigation	11
	La décision de mener une enquête	11
	Résumé	12
C.	RÉSUMÉ STATISTIQUE DES INVESTIGATIONS MENÉES À LA SUITE DE DÉCÈS	14
D.	DÉCÈS RELIÉS À L'UTILISATION DE VÉHICULES TOUS TERRAINS	16
E.	RENSEIGNEMENTS STATISTIQUES SUR LES CAS DE SUICIDE	19
F.	ENQUÊTES ET RECOMMANDATIONS	22

A. SURVOL HISTORIQUE

Origine de la fonction de coroner

La fonction de coroner est la plus vieille institution du droit anglais, après celles de monarque et de shérif, et sa véritable origine est loin de faire l'unanimité. Mentionnée par écrit pour la première fois pendant le règne du roi Alfred (871-910), elle remonte probablement aux alentours de la conquête normande, époque où le coroner, sous le nouveau régime, vient à jouer un rôle important dans l'administration de la justice. Son évolution suit l'histoire juridique et constitutionnelle anglaise et les transformations qu'elle a subies depuis mille ans.

L'une des premières tâches du coroner consistait à enquêter sur les morts soudaines et inattendues. Au départ, et la même chose valait pour ses autres fonctions, il s'agissait essentiellement de protéger les intérêts financiers de la Couronne. A cet égard, le coroner devait établir la cause du décès; si le cadavre était celui d'un Normand, par opposition à un Anglo-Saxon, il fallait payer un impôt à la Couronne. Un jury aidait le coroner à établir ce fait et à déterminer s'il s'agissait d'un meurtre; dans l'affirmative, la ville ou le village était passible d'une amende supplémentaire si l'on ne pouvait repérer l'assassin. En revanche, si ce dernier était arrêté et condamné, tous ses biens et possessions revenaient de droit à la Couronne sur confiscation par le coroner. En outre, si la première personne à découvrir un cadavre omettait d'en aviser les autorités locales et que celles-ci n'avisaient pas

... 2

à leur tour le coroner, la Couronne imposait alors une amende spéciale à la ville entière pour manquement à ses devoirs. Cette fonction particulière (établir la cause d'un décès), modifiée au fil des ans, est à la base de tous les systèmes de coroners en vigueur actuellement dans les juridictions de common law.

Les autres tâches du coroner étaient surtout administratives et ne revêtent plus aujourd'hui qu'un intérêt historique : il tenait les dossiers judiciaires de la Couronne; il percevait et conservait les recettes fortuites de la Couronne, notamment les objets personnels ayant été cause accidentelle de mort d'homme, les épaves de mer, les baleines, esturgeons et marsouins qui, échoués ou capturés près de la côte, appartenaient au souverain, les trésors découverts par le pur effet du hasard puis, finalement, les biens confisqués mentionnés ci-dessus; il entendait le serment de ceux et celles qui demandaient asile; il exerçait également un contrôle sur les fonctions de percepteur du shérif et devait remplacer ce dernier s'il était frappé d'incapacité pour cause de défaut ou d'opposition d'intérêts.

La diversité des fonctions de cet officier et leur évolution au cours de l'histoire se reflètent dans l'origine même du mot "coroner", qui serait dérivé du vocable anglo-français pour "couronne", "corouner". Néanmoins, son

... 3

appellation précise semble avoir varié de temps à autre. Pendant le règne de Richard 1^er^, il s'appelait "coronarius"; sous le roi Jean, par contre, il cédait la place à "coronator", car au début il avait la garde du rôle des actions en justice intentées par la Couronne. Selon sir Thomas Smith (1583), l'appellation provient du mot "crowner" ou "coronator", puisque le décès de n'importe quel sujet par acte de violence touchait la Couronne et lui était préjudiciable. Autrement dit, le coroner, indépendamment de l'orthographe et de la prononciation du terme, était en réalité le représentant local du souverain. Une remarque est digne d'intérêt ici : alors que le mot "coroner" (dans sa graphie actuelle) fit son apparition au XIV^e^ siècle, le nom de "crowner" est en usage encore aujourd'hui dans le nord de l'Irlande et est utilisé vulgairement dans certaines régions d'Angleterre.

Évolution de la fonction de coroner du Moyen-Âge à nos jours

La meilleure façon de retracer l'histoire et l'évolution de la fonction de coroner est de se reporter à la législation anglaise.

L'article 20 du code de justice de Eyre (1194) prévoit l'élection dans chaque comté de trois chevaliers et d'un clerc en tant que "gardiens du rôle des actions en justice intentées par la Couronne". À ce propos le coroner doit habiter le comté ou la municipalité qu'il représente. L'autre condition de candidature, c'est sa richesse, que l'on considère sans doute comme une certaine garantie contre l'inconduite.

... 4

infraction pour laquelle il risque de se faire confisquer ses terres et possessions par le roi. Comme cette fonction n'est pas rémunérée avant 1487, ses principaux attraits à l'origine sont probablement le prestige et le service public. Le coroner prête serment devant le shérif, a juridiction sur l'ensemble du comté et est nommé à vie durant bonne conduite. Il peut toutefois perdre son poste s'il accède à celui de shérif.

En 1276, pendant le règne d'Édouard 1er, est promulguée la loi intitulée De Officio Coronatonis. Cette loi énonce les fonctions d'enquêteur du coroner. Ainsi, sur sommation du huissier ou de tout autre honnête homme, le coroner doit se rendre sur les lieux d'un décès, pour ensuite convoquer les hommes de quatre villes avoisinantes qui vont former le jury. Cette loi pose pour la première fois les questions fondamentales auxquelles il faut répondre lorsque l'on enquête sur une mort non naturelle. Elles demeurent inchangées après sept siècles : Qui était la personne décédée? Comment, quand, où et par quel moyen est-elle morte?

L'avènement, en 1361, des juges de paix amorce la longue déchéance du rôle du coroner en matière criminelle. On a trouvé d'autres moyens de percevoir les recettes de la Couronne et l'officier perd également ses fonctions de contrôleur des finances. En 1487, une loi prévoit le versement d'honoraires au coroner pour chaque enquête qu'il mène sur un décès soudain et non naturel. Comme le coroner est loin d'être populaire auprès des juges (qui l'avaient remplacé dans les causes criminelles), ceux-ci lui versent normalement le minimum

... 5

prescrit. En conséquence, seuls les hommes de loi peu expérimentés ont tendance à accepter le poste. On se plaint souvent que le coroner procède à des enquêtes inutiles dans le seul souci d'arrondir ses maigres revenus. Chose étonnante, la fonction de coroner survit malgré cette adversité et regagne même une certaine importance pendant la révolution industrielle. Ce regain d'intérêt pour la profession est attribuable dans une large mesure au nombre de plus en plus grand de décès soudains et non naturels. Par ailleurs, le coroner continue à s'occuper des suicides et des cas d'homicide douteux, quoique les juges de paix aient pris en mains les cas d'homicide manifeste.

En 1836, la loi anglaise est modifiée et le coroner peut dès lors rémunérer les médecins-experts à qui il demande avis. Ainsi, le coroner est davantage en mesure de se prononcer sur les cas d'homicide douteux, car il peut faire faire une autopsie. En sa qualité d'enquêteur médico-légal, il regagne une partie du prestige qu'il avait perdu en matière criminelle. Par ailleurs, son étroite association avec les experts jette les bases du système actuel en Angleterre. En 1860, une autre loi vient renforcer cette nouvelle image de marque; en effet, le système d'honoraires cède la place à un système de salaires pour le coroner de comté. Puis, en 1887, une nouvelle loi exige la tenue d'une enquête chaque fois que le coroner a des raisons de croire qu'un décès est attribuable à un acte de violence ou à une cause non naturelle, ou encore

... 6

que la cause du décès est inconnue. L'année 1888 marque un autre pas en avant : l'Angleterre remplace l'élection des coroners par un système de nominations.

D'autres changements viennent modifier le système. En 1926, le coroner perd une partie de ses pouvoirs judiciaires; en effet, il est tenu de mettre fin à son enquête sur les cas de meurtre, d'homicide involontaire ou d'infanticide dès mise en accusation. La même année, il n'est plus obligatoire de procéder à une enquête sur tout cas de décès dont la cause est inconnue. En 1977, les pouvoirs du coroner sont encore restreints et il n'a plus le droit de rendre un verdict de meurtre, d'homicide involontaire ou d'infanticide, fait qui lui enlève le droit de mise en accusation que lui donnait la common law.

L'expérience canadienne

Le coroner de common law fait son apparition outre-Atlantique très tôt, de sorte que chaque province et État s'est inspiré du modèle anglais.

Au Canada, la fonction est instituée avant que le système de common law, de qui elle participe, ne subisse les transformations qui modifient le rôle du coroner en Angleterre.

... 7

Après la Confédération, l'enquête du coroner provincial sur les cas d'homicide est plus ou moins une enquête préliminaire. En 1892, le premier Code criminel ôte au coroner son pouvoir de mise en accusation. Dans le cas de certains verdicts, toutefois, la personne désignée nommément peut être mise sous garde et conduite devant un juge ou se voir astreinte à contracter un engagement de comparaître, mais on s'est rarement prévalu de cette disposition ces dernières années.

Chaque province et territoire du Canada a son propre système d'enquête sur les morts soudaines. Ceci dit, la plupart des provinces ont limité les pouvoirs du coroner à l'établissement de la responsabilité civile ou criminelle. Trois d'entre elles, à savoir l'Alberta, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba, ont maintenant un système d'expertise médicale.. Terre-Neuve, de son côté, n'a pas de système de ce genre, ni même de coroners. Dans cette province, c'est un juge qui enquête sur les morts soudaines aux termes de la loi sur les poursuites sommaires. Les autres provinces et les deux territoires ont pour leur part un système de coroners qui s'inspire, à des degrés divers, du modèle de la common law.

Le système en vigueur au Nouveau-Brunswick s'apparente étroitement à celui de la common law; le coroner peut se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle, mais il exerce rarement ce pouvoir dans les faits.

... 8

B. LE SYSTÈME DE CORONERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Organisation

Au Nouveau-Brunswick, la Direction des coroners relève de la Division de l'application des lois du ministère de la Justice, aux fins d'organisation et d'administration. Le coroner en chef est responsable de la surveillance générale du système. Son bureau est situé à Fredericton et il est assisté de quatre coroners de district directement responsables des activités à l'intérieur de régions désignées dont les bureaux se trouvent à Campbellton, Moncton, Saint John et Fredericton. En outre, tous les shérifs et shérifs adjoints sont coroners d'office, quoiqu'ils n'agissent pas tous à ce titre au sein du système. Actuellement, 36 employés à temps plein parmi eux sont coroners. Par ailleurs, un certain nombre de coroners non juristes sont nommés et ils travaillent à l'acte pour un traitement purement nominal. Ils représentent un vestige nécessaire de l'ancien système des coroners en place avant 1971, lequel n'employait que des coroners non juristes. Cinq des 16 coroners non juristes sont médecins, ce qui, avant l'arrivée de pathologistes hautement qualifiés et compétents dans la province, était très avantageux pour le système. Les coroners non juristes continuent à dispenser un excellent service dans leur localité.

... 9

Déclaration

Dans la province, le seul cas où il n'est pas nécessaire d'aviser le coroner est le décès qui survient à la suite d'une maladie pendant que la personne est sous les soins d'un médecin dûment qualifié (sauf si la mort survient : (i) pendant une grossesse ou à cause de celle-ci; (ii) de façon soudaine et inattendue; ou (iii) dans des circonstances qui peuvent nécessiter la tenue d'une investigation. Par contre, la Direction des coroners doit examiner tous les décès qui lui sont signalés afin de déterminer dans chacun des cas l'identité de la victime et d'établir où, quand, comment et par quel moyen elle est décédée. Par conséquent, les coroners sont un élément essentiel de l'application des lois car ce sont eux qui, les premiers, déterminent si ces décès sont dus à des causes naturelles, à un accident, à un suicide ou à un homicide.

Pouvoirs d'investigation de la Direction des coroners

Aux fins d'investigation, la Direction des coroners peut faire appel, au besoin, à la Gendarmerie royale du Canada (notamment au laboratoire médico-légal de Sackville), à un corps de police municipal et à la Patrouille routière du Nouveau-Brunswick, qui ont chacun leur domaine de compétence. En outre, comme certains des décès signalés comportent des éléments de criminalité, l'investigation relève quelquefois

... 10

tant de la police que du coroner et exige par conséquent une étroite collaboration entre les deux. Les coroners peuvent aussi faire appel aux services des pathologistes des laboratoires régionaux situés à Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Bathurst, Edmundston et Woodstock, de même qu'à ceux du toxicologue provincial qui se trouve à Saint John.

De plus, deux des pathologistes du laboratoire régional de Saint John ont accepté de fournir aux coroners, à partir du 1er janvier 1982, un service de médecine légale centralisé. Ainsi, lorsqu'un décès est classé comme un cas de "type II", nécessitant l'intervention spéciale d'un médecin légiste, il faut maintenant utiliser le service susmentionné. Dans un cas semblable, le cadavre doit être transporté au laboratoire de Saint John pour l'autopsie. S'il y a lieu, le médecin légiste peut aussi aider le coroner ou la police en se rendant sur les lieux du décès. Depuis longtemps, les deux pathologistes qui agissent à titre de médecins légistes manifestent un intérêt marqué pour la médecine légale et ont fait valoir leur compétence comme témoins experts tant au cours des enquêtes que des procès au criminel.

... 11

But de l'investigation

Le but de l'investigation du coroner a évolué au fil des ans. Pendant de nombreuses années, on s'est attaché principalement à rechercher la cause médicale réelle du décès, à l'exclusion de presque tous les autres éléments. Aujourd'hui, l'aspect médical n'est qu'un facteur à considérer parmi bien d'autres. Les causes non médicales d'un décès sont en effet tout aussi importantes et dans bien des cas, elles obligent à prendre les mesures nécessaires pour améliorer les conditions qui menacent la sécurité publique. Il faut donc quelquefois que le coroner ordonne la tenue d'une enquête même si la cause du décès est connue.

La décision de mener une enquête

Une des décisions les plus difficiles que doit prendre le coroner est de savoir s'il y a lieu ou non de mener une enquête. À l'origine, l'enquête faisait partie des fonctions du coroner dans tous les cas dont il s'occupait. À la longue, cependant, la common law a évolué au point où la décision de mener une enquête a fini par relever uniquement du coroner.

Dans certaines circonstances, un coroner local, le coroner en chef ou le ministre de la Justice peuvent ordonner qu'on enquête sur un décès, ce qui a pour effet d'attirer l'attention de la population sur les nombreuses causes de décès par mort violente ou accidentelle. L'enquête est aussi

... 12

importante du fait qu'elle met l'accent sur des situations où il est possible d'intervenir pour empêcher que des événements semblables ne se reproduisent. À cette fin, les coroners se doivent d'examiner attentivement toutes les circonstances entourant les morts violentes ou accidentelles afin de procéder à une enquête si cela se révèle utile. On s'attend à ce que le jury du coroner fasse des recommandations visant à éviter dans la mesure du possible qu'un décès ne survienne dans des circonstances semblables.

Le coroner en chef doit veiller à communiquer les conclusions et les recommandations du jury aux personnes, organismes et ministères concernés. Il ne peut forcer quelque particulier ou organisme que ce soit à donner suite aux recommandations. Cependant, certaines d'entre elles sont mises en oeuvre d'une façon ou d'une autre, sans doute par crainte des organismes concernés, de se retrouver dans une situation fort embarrassante s'il advenait qu'un deuxième décès survienne dans des circonstances semblables et qu'on ait négligé de prendre les mesures voulues pour corriger la situation à l'origine du premier décès.

Résumé

La Direction des coroners mène une investigation dans 35 % à 40 % des quelques 5 000 décès qui surviennent chaque

... 13

année dans la province. Un pourcentage élevé des décès soumis à une investigation sont dus à des causes naturelles. Le coroner fait faire une autopsie dans moins de 40 % des cas et ordonne une enquête dans environ 1 % des décès qui font l'objet d'une investigation. Plus de 90 % des investigations sont actuellement menées par des coroners d'office qui travaillent à temps plein pour la Direction des shérifs.

Je tiens à remercier tous les organismes d'application de la loi et les organismes connexes pour la collaboration et l'aide qu'ils ont apportées au cours des investigations des coroners. Ce sentiment de gratitude s'étend aussi à tous les coroners, qui ont fait preuve, une fois encore, de beaucoup de dévouement et de professionnalisme dans des circonstances souvent pénibles.

... 14

C. RÉSUMÉ STATISTIQUE DES INVESTIGATIONS MENÉES À LA SUITE DE DÉCÈS

Comme l'indique le tableau "A" ci-dessous, le nombre total de décès signalés à la Direction des coroners et sur lesquels celle-ci a fait une investigation s'élevait à 1 856 pour l'année, dont 423 morts accidentelles et violentes et 1 433 décès dus à des causes naturelles.

TABLEAU "A" 1984

Causes de décès	Nombre de décès	Autopsies
Accidents de véhicules à moteur	137	75
Accidents de bicyclettes	8	1
Piétons morts accidentellement	27	19
Noyades	26	19
Accidents d'avion	2	2
Accidents à la ferme	3	2
Accidents d'armes à feu	7	3
Homicides	16	16
Accidents du travail	15	13
Suicides	86	52
Incendies	25	16
Morts subites d'enfants sans cause apparente	20	18
Accidents de motoneiges	2	1
Autres	49	37
Morts naturelles	1 433	385
TOTAL	1 856	659

Le tableau "B" ci-dessous présente des données comparatives sur les morts accidentelles et violentes survenues de 1980 à 1984.

... 15

TABLEAU "B" 1984

Causes de décès	1980	1981	1982	1983	1984	Moyenne pour les 5 années
Accidents de véhicules à moteur	181	146	176	108	137	150
Accidents de bicyclettes	7	6	2	3	8	5
Piétons morts accidentellement	43	40	26	17	27	31
Noyades	43	37	33	20	26	32
Accidents d'avion	6	0	1	2	2	2
Accidents à la ferme	4	4	8	1	3	4
Accidents d'armes à feu	6	5	1	3	7	4
Homicides	10	15	13	10	16	13
Accidents du travail	11	7	10	7	15	10
Suicides	83	67	91	105	86	86
Incendies	31	17	16	15	25	21
Morts subites d'enfants sans cause apparente	21	17	9	20	20	17
Accidents de motoneiges	5	2	2	3	2	3
Autres	79	57	56	33	49	55
TOTAL	530	419	444	347	423	433

... 16

D. DÉCÈS RELIÉS À L'UTILISATION DE VÉHICULES TOUS TERRAINS

Le bureau du coroner s'est intéressé particulièrement en 1984 aux sept décès impliquant l'utilisation de véhicules tous terrains (voir le tableau "A" ci-dessus à la rubrique "Accidents de véhicules à moteur"). Les victimes, dont l'âge variait de 11 à 21 ans (moyenne de 15 ans), étaient toutes de sexe masculin. Les renseignements qui suivent, présentés en ordre chronologique, donnent un bref résumé des circonstances entourant leur décès.

1. Le 29 mai, un jeune garçon de 12 ans a été trouvé mort sur un tas de sciure de bois, sous un véhicule tous terrains. La cause du décès a été attribuée à l'asphyxie.

2. Le 20 juin, un jeune garçon de 11 ans a trouvé la mort lorsque le véhicule tous terrains (autosable) dans lequel il se trouvait en compagnie d'autres personnes a échappé au contrôle du conducteur et s'est renversé. La victime a été éjectée du véhicule et est allée s'écraser sur le pavé avant d'être frappée par la partie arrière gauche du véhicule, qui n'était d'ailleurs équipé d'aucune ceinture ni arceau de sécurité. La cause du décès a été attribuée à de multiples fractures du crâne et à une perte de tissu cérébral.

... 17

3. Le 21 juillet, un jeune garçon de 12 ans est décédé au moment où le véhicule tous terrains qu'il conduisait a heurté un véhicule du même genre par le travers. L'accident s'est produit à la sortie de l'entrée du domicile familial. La cause du décès a été attribuée à des blessures multiples à la tête et à la poitrine.

4. Le 27 juillet, un jeune garçon et un adolescent âgés respectivement de 11 et 17 ans se sont fait tuer lorsque la remorque utilitaire (attachée à un véhicule tous terrains) dans laquelle ils se trouvaient, s'étant détachée du crochet d'attelage qui la retenait au véhicule, a traversé le côté gauche de la route et est allée percuter contre un camion d'une demi-tonne qui roulait en direction ouest. La cause des décès a été attribuée à une fracture de la colonne cervicale dans les deux cas.

5. Le 16 septembre, un jeune de 18 ans, au volant d'un véhicule tous terrains sur une route de gravier, a trouvé la mort lorsqu'il a perdu le contrôle de son véhicule et est allé s'écraser sur un amoncellement de roches, après avoir été éjecté du véhicule. La cause du décès a été attribuée à une contusion cérébrale reliée à une fracture étendue de la base du crâne.

6. Le 2 novembre, un jeune homme de 21 ans est décédé lorsque le véhicule tous terrains qu'il conduisait s'est apparemment retourné dans un trou causé par l'érosion pour ensuite le

coincer sous son poids. La cause du décès a été attribuée à une fracture de la base du crâne et une hémorragie subarachnoïdienne.

Une enquête a été menée suite au décès survenu le 16 septembre, et le jury du coroner a fait les recommandations suivantes :

i) que soit institué le port obligatoire d'un casque de sécurité dûment approuvé pour la conduite de véhicules tous terrains;

ii) que tous les véhicules de ce genre soient immatriculés et assujettis à une inspection annuelle; et

iii) que ces véhicules soient interdits sur les voies publiques.

Il n'est évidemment pas certain que la mise en oeuvre et l'application des recommandations ci-dessus auraient empêché que l'un ou l'autre de ces décès ne survienne, mais il reste tout de même que sans mesures législatives visant à réglementer l'utilisation des véhicules tous terrains, il est probable que le nombre de décès et de blessures continuera à être élevé dans les années à venir. Il est à noter ici que quatre personnes sont décédées en 1983 dans des accidents impliquant des véhicules tous terrains, par rapport à sept en 1984.

... 19

E. RENSEIGNEMENTS STATISTIQUES SUR LES CAS DE SUICIDE

Comme l'indique le tableau "B" ci-dessus, le nombre total de suicides dans la province en 1984 est revenu à la moyenne après une recrudescence en 1983. Depuis quelques années déjà, le bureau du coroner en chef étudie les cas de suicide et rassemble des renseignements statistiques à l'intention des organisations qui se consacrent à la prévention du phénomène. Pour les résultats de l'étude menée en 1984, voir les tableaux "C" et "D" ci-dessous. Quoiqu'il soit difficile de déterminer ce qui pousse quelqu'un à se suicider, dans près de 90 % des cas relevés, l'enquête révèle au moins un motif et, dans la plupart des cas, plusieurs motifs. Parmi l'ensemble des causes indiquées, signalons la dépression dans 42 % des cas, des problèmes familiaux dans 12 %, un usage abusif de drogues et d'alcool dans 20 %, la maladie dans 20 % et d'autres causes dans 6 %.

SUICIDES

TABLEAU "C" 1984

MÉTHODE	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		71 et plus		Total	Total	Total	Pourcentage
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	(Hommes)	(Femmes)	par méthode	du total
BLESSURE PAR BALLE	4	1	18	3	4	2	5		6		4	1	4		45	7	52	60,5
PENDAISON	2		3		5	1	3		2		2		1		18	1	19	22,1
SURDOSE DE DROGUE							2	1		1	1				3	2	5	5,8
MONOXYDE DE CARBONE			2		1		1		1						5		5	5,8
NOYADE	1				1										2		2	2,3
AUTRE							1					2			1	2	3	3,5
TOTAL HOMMES	7		23		11		12		9		7		5		74			
FEMMES		1		3		3		1		1		3		0		12		
SELON LE GROUPE D'ÂGE	8		26		14		13		10		10		5				86	
Pourcentage du total	9,3		30,2		16,3		15,2		11,6		11,6		5,8		86	14		

SUICIDES

TABLEAU "D" 1984

COMTÉ	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		71 et plus		Total (Hommes)	Total (Femmes)	Total par comté	Pourcentage de suicides
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F				
ALBERT			1						1		1				3		3	3,5
CARLETON					1						1				2		2	2,3
CHARLOTTE													1		1		1	1,2
GLOUCESTER	3		5	1	1		1	1	1		1		1		13	2	15	17,4
KENT			1				1		1						3		3	3,5
KINGS	1											1			1	1	2	2,3
MADAWASKA	1		2				1								4		4	4,7
NORTHUMBERLAND	1						1		2			1			4	1	5	5,8
QUEENS			1								1	1			2	1	3	3,5
RESTIGOUCHE			2	1		3	3			1			1		6	5	11	12,8
SAINT JOHN		1	2		2		3		1						8	1	9	10,5
SUNBURY			2				1								3		3	3,5
VICTORIA			1		1								1		3		3	3,5
WESTMORLAND	1		5	1	5		1		1		2		1		16	1	17	19,7
YORK			1		1				2		1				5		5	5,8

F. ENQUÊTES ET RECOMMANDATIONS

Voici un bref résumé des 17 enquêtes qui ont eu lieu en 1984.

1. Une enquête a été menée le 13 février à Fredericton suite au décès d'un enfant survenu en décembre 1983. Le jury du coroner a conclu que la victime était morte asphyxiée par la fumée et empoisonnée par du monoxyde de carbone après qu'un incendie se soit déclaré accidentellement à cause de la négligence d'autres personnes. Le jury a fait parvenir la recommandation suivante au chef de la Division de la prévention des incendies et au prévôt des incendies de la province : que les réservoirs à essence de motocyclettes soient vidés complètement et enlevés du véhicule avant de ranger ce dernier à l'intérieur d'une habitation. Le coroner de district a par ailleurs recommandé que l'on interdise de ranger les machines fonctionnant à l'essence dans les habitations. La Division de la prévention des incendies a répondu qu'elle exigerait que tout appareil fonctionnant à l'essence et jugé dangereux au moment d'une inspection soit retiré des lieux.

2. Une enquête a été menée le 30 mars à Campbellton suite à un décès survenu en novembre 1983. Le jury du coroner a conclu que la victime était morte noyée et que cette noyade était due

... 23

à la négligence de l'administration de l'hôpital. Le jury a fait parvenir les recommandations suivantes à la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail et au directeur général du Centre hospitalier Restigouche :

1) que l'on engage un groupe privé d'agents de sécurité professionnels pour effectuer une enquête en profondeur sur la question de la sécurité, à l'intention du conseil d'administration de l'hôpital;
2) que l'on contrôle mieux les allées et venues des patients à l'intérieur de l'hôpital et dans son périmètre;
3) que nul employé ne soit autorisé à travailler seul dans un département quelconque de l'hôpital; et
4) que la police soit appelée immédiatement dès qu'un patient est présumé manquant et que des recherches soient entreprises sur-le-champ.

Le conseil d'administration du Centre hospitalier Restigouche a répondu :

1) qu'une étude sur la sécurité serait entreprise par un groupe privé et que ses recommandations seraient transmises au conseil d'administration de l'hôpital;
2) que le personnel médical reverrait la classification de tous les patients de l'hôpital aux fins de contrôle;
3) qu'il avait recommandé au ministère de la Santé de faire construire une clôture le long du terrain situé à l'arrière de l'hôpital;
4) qu'il étudierait combien cela coûterait si les employés n'avaient plus à travailler seuls dans un département; et
5) qu'il avait déjà mis en oeuvre une ligne directrice qui prévoit d'appeler la G.R.C., les chefs de département et

... 24

tout le personnel de sécurité chaque fois qu'un patient manque à l'appel ou qu'on n'arrive pas à le trouver.

3. Une enquête a été menée le 2 avril à Fredericton suite à cinq décès survenus en février. Le jury du coroner a conclu que les victimes avaient succombé à la suite de traumatismes multiples subis dans un accident de la route. Le jury a fait parvenir les recommandations suivantes au ministère des Transports :

1) que l'on entreprenne une étude sur l'opportunité d'obliger les personnes de 65 ans et plus à passer un examen pour le renouvellement de leur permis de conduire; et
2) en supposant qu'une étude ait déjà été menée, que le ministère des Transports construise une voie de contournement pour la région de Maugerville, et qu'il la classe comme route à accès limité.

En outre, le coroner de district a recommandé :

1) a) que l'on oblige toutes les personnes de 70 ans et plus qui détiennent un permis de conduire ou qui en font la demande de se soumettre tous les deux ans à un examen de la vue, à un examen écrit et à un essai sur route;
   b) que l'on oblige toutes les personnes de 80 ans et plus de se soumettre tous les ans à un test de coordination en plus des examens ci-dessus;
2) que le ministère des Transports effectue un test sur le tronçon situé entre le pont Princess Margaret et le pont de Jemseg afin de déterminer s'il serait possible de diminuer

le nombre d'accidents qui y surviennent, que ce soit à cause de la vitesse ou des conditions de la route; et

3) que l'on incite les gens à allumer leurs phares le jour sur ce tronçon particulier.

Le sous-ministre des Transports a répondu que son ministère s'intéressait de près à la sécurité des usagers du réseau routier de la province et que certaines des recommandations avaient été étudiées attentivement.

4. Une enquête a été menée le 24 mai à Moncton suite au décès d'un détenu du pénitencier de Dorchester survenu en avril. Le jury du coroner a conclu que la victime s'était pendue à l'aide d'un drap accroché à une ceinture de lest, elle-même suspendue à un tuyau du plafond. Le jury n'a fait aucune recommandation.

5. Une enquête a été menée le 31 mai à Saint John suite au décès de deux personnes. Le jury du coroner a conclu que les victimes avaient été poignardées. L'auteur de ces deux homicides s'est ensuite pendu dans sa cellule de prison, avant la tenue de l'enquête. Le jury n'a fait aucune recommandation.

... 26

6. Une enquête a été menée le 14 juin à Caraquet suite au décès d'un enfant survenu en décembre 1983. Le jury du coroner a conclu que la victime avait succombé à la suite de multiples fractures du crâne et des os subies après être tombée devant un autobus scolaire et s'être fait écraser par le véhicule en question. Le jury a fait parvenir les recommandations suivantes aux ministères de l'Éducation et des Transports :

1) que l'on repense le système des rétroviseurs dans les autobus scolaires afin que les conducteurs puissent mieux voir; et
2) que les conducteurs d'autobus scolaires mettent l'embrayage au point mort (neutre) lorsque des enfants descendent du véhicule.

7. Une enquête a été menée le 21 juin à Moncton suite au décès d'un employé de Transport d'Anjou Inc. Le jury du coroner a conclu que la victime avait succombé à la suite d'une fracture de la colonne cervicale subie lors de l'explosion d'un appareil de chauffage de camion-remorque alimenté au propane. Le jury a fait parvenir les recommandations suivantes à l'ingénieur en sécurité de Travail Canada :

1) que les directives données dans la lettre adressée le 8 juin 1970 par Travail Canada à la compagnie susmentionnée (réf. n^{o} 902-10-10) soient communiquées à toutes les compagnies de transport routier par Travail Canada;

... 27

2) que Travail Canada établisse une procédure adéquate pour le verrouillage des appareils de chauffage défectueux et qu'il la communique à toutes les compagnies de transport; et
3) que l'application et le contrôle des recommandations ci-dessus soient confiés au service gouvernemental approprié.

La première recommandation a été acceptée et mise en oeuvre par Travail Canada. Quant à la deuxième, on a jugé qu'il était impossible de l'appliquer, étant donné le nombre de genres différents d'appareils de chauffage. Travail Canada, toutefois, a souligné qu'il accepterait de revoir les systèmes de verrouillage qui lui seraient présentés, aux fins d'approbation.

8. Une enquête a été menée le 30 juillet à Grand-Sault suite au décès d'un employé de Northern Construction and Supplies Ltd. Le jury du coroner a conclu que la victime avait succombé à la suite de blessures subies lors d'une explosion. Le jury a fait les recommandations suivantes à la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail :

1) que la population soit avertie du danger auquel on s'expose lorsque l'on utilise un tuyau d'échappement de véhicule à moteur pour vider un réservoir avant d'effectuer des réparations ou de souder des pièces;

... 28

2) que l'on renseigne davantage les employeurs et employés sur les lois relatives à la sécurité au travail;

3) que l'on rappelle à la population combien il est important de signaler tout accident aux autorités afin d'empêcher que d'autres compagnies aient des accidents du même genre; et

4) que les étudiants qui suivent des cours de soudure soient informés par des agents de sécurité de toutes les exigences de la loi à cet égard.

9. Une enquête a été menée le 8 août à Bathurst suite à un décès survenu en mars. Le jury du coroner a conclu que la victime avait succombé à la suite d'une fracture du crâne subie lors d'une chute accidentelle sur la glace, alors qu'elle se querellait avec son mari au sujet d'un manteau. Le jury a recommandé que le mari de la défunte se fasse soigner pour son alcoolisme et qu'il cesse de consommer de l'alcool, dans son intérêt et celui de ses enfants.

10. Une enquête a été menée le 29 août à Saint John suite au décès d'un enfant survenu lorsque celui-ci est tombé dans la rivière Lepreau. Le jury du coroner a conclu à une mort accidentelle par noyade et fait les recommandations suivantes :

1) que les organisations qui emmènent des groupes d'enfants participer à des activités aquatiques s'assurent les services d'un surveillant de baignade compétent ou s'organisent pour assurer une surveillance adéquate. Dans tous les cas, un minimum de matériel de sauvetage devrait accompagner le groupe;

... 29

2) que les conseillers :

a) aient suivi un cours de base de la Croix-Rouge en matière de sécurité nautique;

b) préparent un plan d'urgence; et

c) se munissent d'un gilet de sauvetage pour chacun des enfants et que ceux qui ne savent pas nager soient tenus de le porter quand ils sont près de l'eau;

3) que le processus de sélection des enfants qui demandent à participer à un camp de jour, par exemple, soit plus approfondi et qu'il contienne notamment des renseignements sur les aptitudes aquatiques des enfants et leurs antécédents médicaux; et

4) que les organisations concernées commencent leurs programmes de façon à pouvoir déterminer elles-mêmes les aptitudes aquatiques des enfants, en leur faisant passer un test dans une piscine publique ou à une plage surveillée.

Les recommandations ci-dessus ont été envoyées au coordonnateur de la formation des moniteurs du Service de sécurité aquatique de la Croix-Rouge.

11. Une enquête a été menée le 3 octobre à Doaktown suite à un décès survenu en mai. Le jury du coroner a conclu que la victime avait succombé à la suite d'une insuffisance cardiaque aiguë. Il a recommandé que les ambulanciers s'abstiennent de prendre pour argent comptant les paroles de quelqu'un qui leur annoncerait un décès, à moins que la personne en question ne soit un médecin ou un autre professionnel de la santé.

12. Une enquête a été menée le 18 octobre à Sussex suite au décès d'un membre du personnel de Dennison Mines Ltd. Le jury du coroner a conclu que la victime avait succombé à la suite de blessures internes multiples subies à la suite d'un écrasement. La victime aurait fait une erreur en entrant dans un endroit dangereux malgré qu'on lui ait recommandé de ne pas le faire. Le jury a fait parvenir les recommandations suivantes à la compagnie susmentionnée :

1) que la zone dangereuse soit bien indiquée; et
2) que les recommandations du comité conjoint de santé et de sécurité soient mises en application.

Les recommandations ci-dessus ont été envoyées à la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail, qui a également suggéré à Dennison Mines Ltd d'ajouter un système de sécurité en cinq (5) points à sa politique. La compagnie a répondu qu'elle avait mis en oeuvre les recommandations du jury et de la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail.

13. Une enquête a été menée le 23 octobre à Newcastle suite à un décès survenu en août. Le jury du coroner a conclu que la victime, qui était tombée d'un pont dans une rivière, s'était noyée accidentellement. Le jury a fait parvenir la recommandation suivante au président de la Commission de police du Nouveau-Brunswick et au directeur des Services de maintien de l'ordre : que les gens détenus en vertu de la Loi sur la

... 31

détention des personnes en état d'ivresse ne soient pas libérés avant le jour, à moins qu'ils ne soient confiés directement à la garde d'une personne responsable.

Des instructions détaillées concernant l'application de la Loi sur la détention des personnes en état d'ivresse ont été communiquées à tous les services de police de la province par le directeur des Services de maintien de l'ordre.

14. Une enquête a été menée le 29 octobre à Moncton suite à un décès survenu en septembre. Le jury du coroner a conclu que la victime avait succombé à la suite de blessures au crâne et au cerveau subies après avoir été éjectée d'un véhicule tous terrains. Le jury a fait parvenir les recommandations suivantes au ministère des Transports :

1) que soit institué le port obligatoire d'un casque de sécurité dûment approuvé pour la conduite de véhicules tous terrains;
2) que tous les véhicules de ce genre soient immatriculés et assujettis à une inspection annuelle; et
3) que ces véhicules soient interdits sur les voies publiques.

Le sous-ministre des Transports a répondu qu'un comité ministériel avait étudié le problème des véhicules tous terrains et qu'un rapport ayant trait aux recommandations du jury avait été rédigé.

... 32

15. Une enquête a été menée le 27 novembre à Newcastle suite au décès d'un employé de Combustion Engineering and Preheaters Ltd. Le jury du coroner a conclu que la victime était morte électrocutée. Cet accident du travail serait imputable en partie au mauvais état d'un appareil de levage et en partie au fait que l'employé n'était manifestement pas au courant des risques. Le jury a fait parvenir les recommandations suivantes à la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail :

1) que les employés qui se trouvent ou qui travaillent dans une zone industrielle soient mieux renseignés sur les risques pour la sécurité; et
2) que tous les accidents du travail qui entraînent ou peuvent entraîner un décès soient signalés à la police sur-le-champ.

16. Une enquête a été menée le 29 novembre à Saint John suite à un décès survenu en septembre. Le jury du coroner a conclu que la victime avait succombé à la suite d'une hémorragie interne massive subie dans un accident de la route, lequel avait été causé par un conducteur inexpérimenté non détenteur d'un permis en règle. Le jury a fait les recommandations suivantes :

... 33

1) que soit appliquée la mesure législative concernant l'âge minimum pour la consommation d'alcool;
2) que l'on modifie la loi dans le but d'élever l'âge minimum pour l'obtention d'un permis de conduire;
3) que la police fasse une enquête plus approfondie dans les cas d'accident; et
4) qu'un téléphone d'urgence soit installé sur l'autoroute à péage.

La deuxième recommandation a été portée à l'attention du ministère des Transports.

17. Une enquête a été menée le 17 décembre à Fredericton suite à trois décès survenus en juillet. Le jury du coroner a conclu que les victimes avaient succombé à la suite de multiples blessures subies après avoir été frappées par un gros tuyau en métal. Les membres du jury ont conclu aussi que les attaches du chargement s'étaient étirées, entraînant ainsi le déplacement des tuyaux, de sorte que le conducteur a perdu le contrôle du tracteur à remorque. Le chargement se serait ensuite renversé sur la route, bloquant le chemin des autos qui venaient en sens inverse. Le jury a fait parvenir les recommandations suivantes au ministère des Transports :

1) que des normes ayant trait à la sécurité des chargements soient établies et que l'on veille à ce qu'elles soient respectées de façon adéquate;

... 34

2) que le ministère des Transports adopte un règlement qui contiendrait une méthode uniforme pour la fixation des chargements sur les véhicules commerciaux et assurerait son application. Il s'agirait en l'occurrence de veiller à ce que les chargements soient attachés bien solidement en tenant compte de toutes les conditions de fonctionnement prévisibles, et d'obtenir que la police et les autres organismes compétents fassent respecter le règlement en question.

Les recommandations ci-dessus et une autre enquête menée en janvier 1985 ont entraîné l'adoption d'un règlement détaillé relativement à la fixation des chargements, lequel a été déposé et publié les 1er et 13 mars 1985 respectivement, dans le volume 143 de la Gazette royale.